

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 194

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Pierre, Marie, Joseph ALANORE

Né le 30 Août 1928 à LÉPAUD (Creuse)

Présentée et soutenue publiquement le

LES FORMES CHIRURGICALES DE L'AMIBIASE INTESTINALE

Président : Monsieur PATEL (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI'

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Pierre, Marie, Joseph ALANORE

Né le 30 août 1928 à Lépaud (Creuse)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

LES FORMES CHIRURGICALES
DE L'AMIBIASSE INTESTINALE

--:-

Président : Monsieur PATEL (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.
Carcinologie	N.
Chimie Médicale	JAYLE
Cliniques Chirur.	{ Hôtel-Dieu
	{ Broussais
	{ Salpêtrière
	{ Cochin
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	{ BROCC G.d'ALLAINES MOULONGUET QUENU
Clinique de Cardiologie	{ MERLE d'AU- BICNE
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	{ MOUQUIN FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du système nerveux	{ ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO BARIETY J. BESANÇON MOREAU de GENNES
Cliniques Médicales	DEBRAY
Clinique méd. hydro-climat. thérap.	PASTEUR V.-R.
Clinique médicale propédeutique	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérap. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers.)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers.)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G.	Pat. Chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB MATHEY OLIVIER (Cl) POILLEUX THOMERET VERNE (J M)
Ana. Path.	(Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU	Pat. expé- riment.	(MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFRAMM
Bactério- logie	(CHRISTOL NEVOT	Pat. méd.	(JOSEPH POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI Melle LEVY CHEYMOL
Biol. méd.	BOURLIERE		(BARGEON DEJOURS PARROT
Chimie méd.	(ETTORI POLONOVSKI J	Physiol.	(DJOURNO GOUGEROT KREIS
Dermato-syphil.	DUPERRAT		
Embryologie	TUCHMANN BULLIARD COUJARD N...		
Histologie	CORNET		
Hydrologie	(BOYER DEPARIS		
Hygiène	BASTIN		
Mal. infect.	(DEROBERTE GAULTIER HADENGUE		
Médecine) légale et du Trav.)	DAVID LHERMITTE		
Neurochir.	(GRASSET LE LORIER LEPAGE		
Neurologie	MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Obstétrique	(BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO BRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX		
Ophtalmo- logie			
Orthopédie			
Oto-rhino- laryngo.			
Parasito.			
Parasito.col.			
Pat. chir.			

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	{ COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique chir.	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique mël.	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE			{ MARCHAL
obstët. } { MAYER			{ SOULIE
Clinique } { OFFRET			
ophtal } { RENARD			
o			
Secrétaire de la Faculté	M.	MOREL	
Secrétaire-Adjoint	Melle	CHAINTREUIL	
o			
Bibliothécaire en Chef	Dr	HAHN	
Conservateur	Melle	GOICHON	
	{ Melles	DUMAITRE	
Bibliothécaires.		LE NOIR	
		METIN	
		QUIEVREUX	
o			

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mes Grands-Parents

A ma Grand'Mère,

Qui s'est penchée avec
tendresse sur mon enfance
et m'a entouré de sa
bienveillante affection.

A ma Mère,

Qui ne fut que bonté, affec-
tion et générosité et dont
la vie laborieuse restera
pour moi un exemple.

A mon Père,

Parce qu'il m'a toujours
accordé sa confiance et
prodigué ses sages conseils.

A mon Oncle et à ma Tante,

et à tous les miens.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur PATEL

Professeur de Technique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance.

A mon meilleur ami, le Docteur P. CHATARD

Qui fut un guide très sûr
et un fidèle compagnon.

A Monsieur le Docteur P. ROUGE¹

Chirurgien de l'Hôpital de Senlis

Hommages reconnaissants.

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

LES FORMES CHIRURGICALES
DE L'AMIBIASE INTESTINALE

-- 0 --

AVANT-PROPOS

:-:-

Des traitements médicamenteux efficaces viennent actuellement à bout de l'amibiase, qui par conséquent aujourd'hui ne soulève plus qu'une difficulté, celle de son diagnostic. Dans bien des cas, celui-ci est aisé, et l'amibien peut être correctement et efficacement traité.

La localisation digestive, et plus particulièrement intestinale de l'amibiase, est cependant susceptible de donner lieu à des diagnostics erronés, lorsqu'elle prend une forme inflammatoire pseudotumorale ; trop souvent encore, on ne pense pas à une étiologie parasitaire, et croyant se trouver devant une tumeur, bénigne ou maligne, on entreprend, sur un diagnostic de probabilité, une intervention chirurgicale, parfaitement inutile, puisque le traitement anti-amibien est sans doute capable de faire régresser la réaction inflammatoire de la muqueuse, et même dangereuse.

Si l'on s'en rapporte aux cas publiés dans la littérature médicale mondiale, les tumeurs amibiennes localisées aux

différents étages du tractus intestinal sont rares. Elles posent cependant un problème pratique de grande actualité, étant donné d'une part le grand nombre de parasitoses amibiennes actuellement observé, d'autre part, les moyens de diagnostic dont nous disposons et qui devraient permettre d'éviter des confusions regrettables : traitement d'épreuve anti-amibien, il est vrai, non toujours efficace sur les formes tumorales ; diagnostic radiologique, endoscopie, valable seulement dans les localisations basses, recto-sigmoïdiennes, et impraticable dans la forme la plus fréquente, caecale.

Ainsi, nous voyons les limites du diagnostic positif de l'étiologie amibienne des tumeurs inflammatoires de l'intestin. Certes, l'amibiase pseudo-tumorale, en particulier localisée au caecum, représente une entité anatomoclinique bien définie, qui se distingue non seulement des autres réactions inflammatoires de la muqueuse intestinale, mais aussi des manifestations hyperplasiques susceptibles de compliquer - exceptionnellement semble-t-il - les colites amibiennes, ulcéreuses, diffuses, banales.

A ce granulome inflammatoire spécifique, à cette pseudo-tumeur, on a donné le nom d'amœbome, qui ne contient pas toujours des amibes et dont le siège d'élection est le caecum.

Nous avons réuni quelques observations qui illustrent les différentes localisations que les pseudo-tumeurs amibiennes de l'intestin sont capables de réaliser :

- tumeurs iléo-caecales, tumeurs caecales, de loin les plus fréquentes, tumeurs recto-sigmoïdiennes et rectales, pseudo-cancers que seule l'endoscopie va attribuer à leur véritable origine.

Or, très souvent - trop souvent - ces pseudo-tumeurs ont été opérées, et c'est le diagnostic anatomopathologique, histologique, qui en a établi la nature.

Monsieur le Professeur PATEL a beaucoup insisté sur les risques qu'il y avait à entreprendre chez les amibiens des interventions en elles-mêmes déjà importantes, et qui sont inutiles dans la grande majorité des cas. Il a montré les éléments du diagnostic positif et du diagnostic différentiel de ces pseudo-tumeurs, auxquelles il faut sans doute penser davantage.

L'ablation chirurgicale de la pseudo-tumeur peut être indiquée ; mais si elle est entreprise isolément, sans traitement anti-amibien complémentaire, elle risque d'entraîner des complications graves, voire mortelles, chez ces malades à résistance très amoindrie. On voit donc toute l'importance d'un diagnostic exact, soit pour éviter l'intervention, soit pour la rendre efficace et bénigne par une thérapeutique antiparasitaire indispensable.

°°°

Pour faire des pseudo-tumeurs amibiennes de l'intestin une étude aussi complète que possible, envisagée essentiellement sur le plan pratique, nous avons établi le plan de travail que voici :

- après un rapide HISTORIQUE des travaux

qui ont été consacrés à la question, nous ferons de ces amœbomes une étude anatomo-clinique, en envisageant les localisations iléo-caecales, caecales, recto-sigmoïdiennes et rectales, susceptibles, nous le verrons, de s'associer à un authentique cancer :

- nous verrons alors les éléments radiologiques, endoscopiques, cliniques, thérapeutiques, coprologiques, anatomopathologiques, histologiques, hématologiques, du diagnostic positif de la nature amibienne de la pseudo-tumeur ;

- nous terminerons en discutant de quelques diagnostics différentiels, cancer, tumeur inflammatoire bénigne, appendicite, tuberculose, ulcère, diverticule, localisation caecale de la maladie de Crohn.

- II -

HISTORIQUE

:-

L'histoire des tumeurs amibiennes du tractus digestif se confond d'abord avec celle des tumeurs inflammatoires de même localisation. Car pendant longtemps, semble-t-il, la nature parasitaire de certains granulomes a été méconnue.

Les pseudo-tumeurs, ou granulomes inflammatoires, observées avec prédilection au niveau du caecum, sont connues depuis longtemps, puisque dès 1853, VIRCHOW en donnait une très précise description. Par la suite, en 1888, MAYO en apporta des cas, puis en 1906, MOYNIHAN et en 1908 MAYO ROBSON en firent des descriptions anatomocliniques.

On attribuait à ces pseudo-tumeurs inflammatoires soit une nature atypique, soit une origine spécifique, tuberculeuse surtout. Les granulomes inflammatoires non spécifiques étaient considérés comme secondaires à une infection de germes banaux. Mais bientôt, au nombre des pseudo-tumeurs inflammatoires, on fit figurer les granulomes d'origine amibienne, et DOFTER, LETULLE, les décrivirent du point de vue clinique et anatomopathologique

dans le Traité de VIDAL et TEISSIER.

Vinrent alors des observations cliniques isolées, dues en 1916 à RICARDONI et BERTA, qui rapportaient une tumeur amibienne de siège caecal ; en 1918, LASNIER en publiait deux observations, l'une de siège caecal, l'autre occupant le côlon transverse.

Au niveau du côlon également, des cas ont été rapportés qui empruntaient une forme pseudo-cancéreuse : telle l'observation de tumeur amibienne caecale de VACCAREZZA et FINOCHIETTO en 1920. En 1924, MONTEL publiait dix cas d'adénopathies iliaques "primitives" observées chez des Annamites, et qui cédèrent au traitement émétinien ; rétrospectivement, en 1949, ce même auteur devait reconnaître l'origine amibienne des adénopathies satellites accompagnant une tumeur intestinale parasitaire.

JAMES et DEERS, en 1925, rapportaient des cas de pseudo-cancers amibiens du côlon ; deux ans plus tard, DESJARDINS, le premier, signalait l'aspect pseudo-cancéreux de certaines amibiases tumorales entraînant à d'inutiles interventions. GUNN et HOWARD, en 1931, rapportaient deux observations de pseudo-cancer amibien du caecum.

L'année 1935 nous apporte d'importants documents : le cas de CABOT concernant un granulome amibien du caecum ; les cinq observations de HUARD, des pseudo-tumeurs inflammatoires du caecum, granulomes amibiens vrais sensibles à l'émétine, et granulomes aspécifiques apparus chez les amibiens, et ne répondant pas au traitement antiparasitaire.

REED et ANDERSON, en 1936, indiquent les rapports possibles entre amibiase et cancer du côlon. De 1942 date le cas de LIKELY et LISA concernant une tumeur amibienne colique. L'association entre cancer et amibiase a été étudiée par RACHET en 1932, par BENSAUDE et CAIN, par BLANC et SIGUIER ; en 1945, OGILVIE montrait que les localisations les plus fréquentes sont les deux pôles du côlon, caecum, rectum ; J. PATEL estime à une quarantaine les cas de tumeur amibienne caecale publiés. SILVERMAN et LESLIE, en 1947, étudient les "tumeurs intestinales d'origine dysentérique". L'année suivante, MONTEL expose des cas d'amœbomes.

Puis c'est en 1949 la publication de TINGAUD sur deux tumeurs caecales d'origine amibienne. Des thèses sont consacrées à ce sujet, celle de VASSIGHI en 1946, celle de G. RIET en 1950, celle de DISSARD en 1954.

F. MOUTIER, en 1950, étudie les rapports entre amibiase et cancer du côlon, tandis que cette même année, DESBONNETS et collaborateurs rapportent une observation de "pseudocancer recto-sigmoïdien" d'origine amibienne. Ce sont encore, l'année suivante, les considérations chirurgicales sur l'amibiase iléo-caecale ; CHIRAY pense que le cancer du rectum peut se développer sur un terrain amibien.

Les observations deviennent plus fréquentes : VACHON en 1952 rapporte un cas de pseudo-cancer amibien du rectum, puis consacre aux tumeurs inflammatoires d'origine amibienne et de siège recto-sigmoïdien une étude plus complète en 1955. Le cas de SODEMAN publié en 1952 concerne un

granulomé amibien du côlon, PERRY apporte la même année une observation de granulome amibien du rectum, GRIZAUD voit s'associer une appendicite et une amibiase caecale. C'est au cours de dysenteries amibiennes que HABIBI observe des processus tumoraux et pseudo-tumoraux.

Et c'est encore le cas de A. HUGUENIN, d'Alger, concernant une tumeur caecale amibienne ; l'année suivante, SODRE au Portugal, observe un granulome amibien du côlon. En France, BETOULIERES décrit les aspects radiologiques susceptibles de porter le diagnostic des pseudo-tumeurs amibiennes du caecum. En 1954, SPICKNALL et PEIRCE réunissent quatre observations de granulome amibien. OLIVE cette même année a vu un faux cancer du rectum chez un amibien. LABAIL montre, en 1955, que certaines tumeurs de la fosse iliaque droite peuvent être rattachées à une origine dysentérique. Citons encore le cas de GIRARD, une amibiase pseudo-tumorale du caecum, dont FERRERA rapporte quatre cas.

Enfin, tout récemment, J. PATEL, R. VIGUIE et J. LATASTE ont fait à la Société de Gastro-Entérologie une communication sur les tumeurs amibiennes du caecum, dont ils ont étudié en détail le diagnostic dans une belle étude anatomoclinique et radiologique.

On voit que ces dernières années, les observations sont beaucoup plus fréquentes, sans doute parce que les formes pseudo-tumorales de l'amibiase sont mieux connues et par là plus souvent identifiées, leur rareté d'autrefois étant sans doute surtout due à leur méconnaissance.

- III -

ETUDE ANATOMOCLINIQUE

→ :-

C'est de loin la région caecale qui est le plus souvent le siège de la pseudo-tumeur amibienne. Cependant, nous verrons quelques observations de tumeurs iléo-caecales, rectosigmoïdiennes et rectales.

o°o

a) Tumeur iléocaecale.

A notre connaissance seul M. PLOYE l'a envisagée, et en 1951 a discuté, à la Société de Pathologie exotique, le diagnostic différentiel et le traitement qui doit être médocochirurgical.

o°o

b) Tumeur caecale.

A ce groupe appartiennent la grande majorité des observations publiées.

A propos de quatre observations, FERRERA et TIGANO précisent que l'amœbome, à distinguer des réactions hyperplasiques sus-

ceptibles de compliquer, rarement d'ailleurs, la colite amibienne ulcéreuse, est toujours localisé ; histologiquement, c'est un granulome avec prolifération fibroblastique, infiltration éosinophile abondante, nécrose discrète ; au niveau de la tumeur, il est rare de trouver des amibes. La prédilection pour un siège caecal dépend sans doute des mêmes facteurs qui favorisent cette situation pour la tuberculose et l'actinomycose hypertrophiques. Il faut considérer l'amœbome comme l'expression d'une réaction tissulaire excessive vis-à-vis de facteurs d'irritation spécifiques et aspécifiques. Ces derniers doivent avoir une grande importance, comme le prouverait la rareté des parasites au niveau de la lésion ; par contre, celle-ci peut guérir très rapidement sous l'action du traitement anti-amibien spécifique seul.

TINGAUD et CABANIE ont rapporté deux cas de tumeurs caecales d'origine amibienne : le premier concernait un Noir de 35 ans pour lequel le diagnostic ne fut porté qu'après une iléo-transversostomie, premier temps d'une hémicolectomie qui avait été décidée devant le tableau clinique et radiologique. Le traitement médical assura la guérison parfaite, le diagnostic ayant été alors porté sur la clinique, les examens de laboratoire et les clichés. A leurs deux cas, les auteurs bordelais en ajoutent 22 déjà publiés (en 1949) ce qui leur permet de souligner la fréquence méconnue de l'amibiase comme étiologie des tumeurs caecales ; la radiographie ne permettant pas de diagnostiquer la nature de la lésion, ce sont les recherches de laboratoire qui emporteront le diagnostic. En cas de doute, le traitement d'épreuve est légitime, car sa rapidité d'action est

telle qu'en cas d'échec, il n'a pas entraîné de gros retard pour traiter la véritable cause.

Dans le cas de A. HUGUENIN, une malade était atteinte de troubles digestifs avec ballonnement, diarrhée, constipation ; on trouve dans les selles des kystes d'amibes. Au palper de l'abdomen, on trouve une masse volumineuse dans la fosse iliaque droite. Le transit confirme l'idée d'une sténose caecale. Le traitement anti-amibien apporte une sédation fonctionnelle, sans toutefois faire régresser la tumeur. L'hémi-colectomie suivie d'anastomose montre un abcès du mésocôlon, une infiltration de la paroi caecale, sans ulcération de la muqueuse. La guérison est obtenue, confirmée chez la malade revue un an plus tard.

Le malade opéré par J. PATEL et ses collaborateurs enfin était un jeune homme de 26 ans, hospitalisé pour des douleurs vives, en coup de poignard, débutant au niveau de l'épigastre et descendant vers la fosse iliaque droite. Ces douleurs remontaient à un mois. Pendant trois semaines, le transit intestinal est normal ; puis les selles sont de moins en moins fréquentes, et cessent tout à fait, ainsi que les gaz, l'état général étant conservé. Il n'y a pas de vomissements. Dans les antécédents, on retrouve une appendicite chronique opérée, mais aucun trouble digestif chez cet homme qui a toujours vécu en France. A l'examen, l'abdomen est un peu ballonné, souple sauf une légère défense au niveau de la fosse iliaque droite, dont la palpation profonde révèle une masse douloureuse, siégeant derrière la cicatrice d'appendicectomie. L'état général

reste bon, la fièvre ne dépasse pas 37°5 ; on constate une légère leucocytose, à 12.000 G.B. Les clichés après lavement baryté montrent un cadre colique normal jusqu'au caecum, qui est mal injecté, irrégulier, conique, avec un bas-fond caecal dépassant à peine vers le bas l'orifice iléo-caecal. Le grêle, bien injecté, est un peu dilaté : il doit donc exister une lésion tumorale végétante au niveau du bas-fond caecal, plus tumeur maligne que tuberculeuse. On intervient donc, et l'on tombe sur une masse volumineuse du caecum, du volume d'un poing d'enfant, avec un oedème important du grêle, du côlon ascendant et des mésos, une importante adénopathie d'aspect inflammatoire dans le mésentère et le mésocôlon ascendant. Une hémicolectomie droite enlève une partie étendue des mésos, elle est suivie d'une anastomose large iléo-transverse latéro-latérale. Les suites opératoires, après quatre jours de fièvre et quelques petites hémorragies intestinales sans gravité aboutissent à la guérison totale. Cependant trois mois plus tard un accident occlusif devait se produire, cédant au traitement médical. L'examen de la pièce opératoire permit de porter le diagnostic de pseudotumeur inflammatoire amibienne chronique (inclusions cytoplasmiques de nature kystique amibienne) avec hyperplasie lymphoïde des ganglions avec cellules éosinophiles.

HAROLDO BODRE et JULIO GROCE ont rapporté sept cas de granulome amibien du côlon; ces auteurs n'en ont trouvé que neuf similaires dans la littérature brésilienne. Ils ont surtout eu à discuter le diagnostic différentiel avec le cancer, la tuberculose, les mycoses, la syphilis, l'entéri-

te régionale, les tumeurs inflammatoires paracoliques : le traitement a toujours consisté en émétine, parfois associée à la pénicilline. Pour ces auteurs, le traitement chirurgical est inefficace.

Ajoutons encore les quatre cas de granulomes amibiens rapportés par SPICKNAILL et PEIRCE II auxquels ils ont ajouté les cas publiés antérieurement à 1954. Ici encore, l'accent est mis sur la confusion possible avec d'autres maladies inflammatoires et le cancer du côlon. 49 pour 100 de toutes les lésions considérées siègent au niveau du caecum et sont souvent diagnostiquées appendicite. L'intervention chirurgicale est donc souvent entreprise, or elle est dangereuse chez l'amibien, et doit être réservée aux complications, invaginations, perforations, obstructions, abcès. Les cas publiés montrent la possibilité d'une association amibiase-cancer du côlon. Dans les cas de diagnostic douteux, les auteurs américains conseillent le traitement antibiotique intensif immédiat : dans les cas de granulome amibien affirmé par la présence d'*Entamoeba histolytica* dans les selles, une association de diiodohydroxyquinoléine et de chloroquine suivie de carbasonne s'est montrée active. Si la lésion du côlon est inaccessible à la biopsie sauf par laparotomie et si l'on a des raisons de suspecter un granulome amibien, un traitement d'épreuve anti-amibien doit être entrepris avant de recourir à la chirurgie, car dans la grande majorité des cas, les amobomes disparaissent complètement en un mois de traitement.

c) Tumeurs amibiennes de siège recto-sigmoïdien.

Il existe quelques observations de pseudo-cancers recto-sigmoïdiens qui de fait sont des granulomes amibiens. Telle l'observation de G. DESBONNETS, A. DANES et A. DEBACK concernant un malade connu comme amibien depuis six ans, et ayant fait de multiples crises de dysenterie guéries par l'émétine. En 1947-1948, il fait de nouvelles crises, pour lesquelles le traitement médical est impuissant. A l'endoscopie, on découvre à 13 centimètres de l'anus une tumeur bourgeonnante qui présente tous les caractères d'un cancer. Les biopsies, sans être formelles, concluent :

"signes hautement suspects, qui font craindre un épithélioma. On pense donc se trouver en présence d'un cas de cancer sur une amibiase, et l'on entreprend une opération de Babcock : on trouve une grosse tumeur sur 12 centimètres de hauteur et 10 centimètres de largeur. Mais à l'examen anatomopathologique approfondi, on ne trouve pas de néoplasme. Il s'agit donc d'un pseudo-cancer dans l'amibiase. Depuis deux ans, aucune crise n'est survenue à la suite de l'opération.

VACHON et DISSARD ont étudié, à la lumière de deux observations personnelles, les tumeurs inflammatoires recto-sigmoïdiennes d'origine amibienne, partant du principe que toute inflammation intestinale suffisamment prolongée peut édifier aux dépens de la muqueuse une prolifération localisée capable de simuler un cancer : ce qui est surtout vrai pour l'amibiase intestinale chronique dont les aspects pseudo-tumoraux donnent des granu-

lomes amibiens, ou des amoebomes :

Le premier cas concerne un homme de 50 ans, le second un malade de 28 ans. Les observations sont assez superposables. L'examen rectoscopique montrait l'existence d'une grosse masse végétante très irrégulière, assez hémorragique, ressemblant plus à un épithélioma qu'à une néoformation bénigne. De fait, si les deux premières biopsies ont indiqué un polype hyperplasique sans signes de malignité, la troisième a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'épithélioma typique dendritique villositaire et glandulaire sans aucun élément amibien. Ces aspects et l'inefficacité du traitement amibien ont fait poser le diagnostic de polype dégénéré et posent le problème de la dégénérescence cancéreuse possible des néoformations inflammatoires amibiennes. De telles tumeurs inflammatoires surviennent de préférence chez un amibien chronique souvent non traité. Elles se manifestent par un syndrome dysentérique avec des selles fréquentes contenant du mucus et souvent striées de sang, de faux besoins avec épreintes et ténésme accompagnés de douleurs sacrées. La thérapeutique anti-amibienne constitue un élément essentiel du diagnostic, car elle fait disparaître les amoebomes recto-sigmoïdiens en huit à quarante jours. La persistance de la lésion, passé ce délai, doit faire douter du diagnostic.

o°o

d) Tumeurs rectales.

M. W. PERRY a rapporté une observation typique de la localisation rectale, rare, de l'amoebome : un homme de 49 ans, ren-

trant récemment d'Orient où il avait déjà présenté une crise diarrhéique brève, est vu pour épisodes diarrhéiques répétés, modérés, avec douleurs abdominales basses en crampes. Depuis quatre jours, les selles renferment du mucus : un examen coprologique a révélé la présence d'*Entamoeba histolytica*. Actuellement, le foie est gros, douloureux, ainsi que le côlon, surtout gauche. L'examen digital rectal permet de percevoir une masse tumorale siégeant à la partie postérieure droite du rectum, 7 cm au-dessus de l'anus, saignante, ulcérée, à large base, et donnant l'aspect d'une lésion maligne. Tous les examens y compris parasitologiques, sont négatifs : une biopsie montre qu'il s'agit d'une lésion bénigne. Il n'y a aucune inclusion, mais rien ne vient orienter sur la nature de la tumeur. On entreprend un traitement éméтинien. En douze jours, la tumeur a disparu, pour faire place à un léger épaissement de la muqueuse en son point d'implantation. La coprologie est négative. Le foie redevient de volume normal. Revu treize mois plus tard, le sujet est en parfait état général et local.

°°°

Ces observations vont nous permettre de préciser les éléments du diagnostic positif et différentiel des tumeurs amibiennes intestinales, point décisif du traitement médical et éventuellement chirurgical de cette localisation de la parasitose.

-:-

- IV -

DIAGNOSTIC POSITIF

:-

Le diagnostic de tumeur amibienne de l'intestin sera à la fois radiologique, clinique, endoscopique, rectoscopique chaque fois que la lésion occupera un siège suffisamment bas, thérapeutique, coprologique, hématologique et naturellement anatomopathologique, histologique.

°°°

Diagnostic radiologique.

BETOUILLIERES et ses collaborateurs ont observé un cas d'amibiase caecale pseudo-tumorale dont l'image était un aspect rétréci et cartonné du caecum.

Après lavement baryté et compression, le malade de J. PATEL a donné une image lacunaire irrégulière du bas-fond caecal remontant jusqu'à l'orifice iléo-caecal. Le cadre colique était normal jusqu'au caecum. Celui-ci mal injecté, affecte la forme d'un cône. Le grêle est bien injecté, à peine un peu dilaté. Cette image correspondait à une lésion tumorale végétante au niveau du bas-fond caecal, et

cette limitation au segment caecal incite à penser plus à une tumeur maligne qu'à une bacillose.

J. PATEL considère l'examen radiologique après lavement baryté comme important, non pas par les signes directs de l'amœbome caecal, souvent banaux, mais par les images intestinales plus ou moins diffuses dues à l'amibiase chronique. Le transit intestinal montre l'intégrité de l'iléon terminal si on ne peut l'injecter par lavement, mais un certain retard est généralement observé. Les examens seront répétés, car des images erronées risquent d'être provoquées par les spasmes d'un côlon irritable. Dans l'amibiase aiguë le côlon peut dans sa totalité présenter des lésions, alors qu'au stade chronique, elles se limitent au caecum et au côlon ascendant. La lacune caecale proprement dite est localisée au bas-fond ou s'étend vers le côlon ascendant jusqu'à l'orifice iléo-caecal, elle est irrégulière, le caecum prenant un aspect conique aux parois rigides. On peut voir la baryte dépasser la limite supérieure de la lacune.

Une telle image en impose évidemment pour un cancer, et seul le traitement éméthinien d'épreuve en rétablira l'aspect normal. Si les irrégularités persistent, la laparotomie devient impérieusement indiquée, afin de constater si la sclérose pariétale existe et si elle est associée à une tumeur maligne. Les lacunes correspondent aux réactions polypoides, à l'hypertrophie des parois, ce qui comble la lumière caecale, mais aussi à une accumulation de matières fécales.

Les anomalies radiologiques peuvent

également affecter le côlon ascendant, lui donnant un "aspect en accordéon". On a vu la valvule de Bauhin oedématiée, hypertrophiée, ou insuffisante au contraire, donnant une lacune circulaire, une image en cocarde ; on peut apercevoir des sténoses, des spasmes, des déformations des plis de la muqueuse colique qui peut être atrophiée ou hypertrophiée, avec, après évacuation de la baryte, des aspects en dents de scie fines.

S'il n'existe pas d'images spécifiques de l'amibiase chronique, on peut cependant dire qu'en cas de tumeur amibienne, la sténose est longue, les sténoses sont multiples et incomplètes, le relief muqueux est assez bien conservé, et entre la lésion et le côlon sain, il existe une zone de transition. Mais surtout, devant une image typique, malheureusement inconstante, le diagnostic de tumeur amibienne n'hésitera pas : lacune caecale associée à un aspect de colite.

• ° °

Diagnostic clinique.

Le tableau clinique n'a rien de pathognomonique, puisqu'il est dominé par des troubles chroniques vagues, altération de l'état général, avec chute pondérale, anémie, diarrhée, qui peut être sanglante, alternant avec des périodes de constipation, phénomènes digestifs imprécis. Plus typique est le syndrome douloureux qui occupe la fosse iliaque droite dans le cas de localisation caecale de la tumeur amibienne ; celle-ci n'étant d'ailleurs que rarement palpable, on risque de

porter le diagnostic d'appendicite, d'autant plus qu'il peut exister une légère défense pariétale, et que des cas d'amibiase caecale se sont accompagnés d'appendicite authentique.

Dans quelques cas, l'amibiase caecale (nous envisageons surtout cette forme anatomoclinique, de loin, nous l'avons vu, la plus fréquente) entraîne des accidents aigus, le malade étant alors vu en occlusion ou en sub-occlusion, d'ailleurs peu fréquente, sauf lorsque la réaction poly-pôïde est intense (cas de PATEL) ; ou encore pour péritonite par perforation, moins exceptionnelle dans les dysenteries amibiennes, plus rare dans les formes tumorales. Si la notion d'amibiase est connue, il nous faudra évidemment intervenir malgré tout, car il ne saurait être question de temporiser devant un syndrome occlusif aigu mais on saura limiter les indications d'exérèse et surtout, on entreprendra le traitement anti-amibien post-opératoire. Si le syndrome demeure sub-occlusif, le traitement d'épreuve peut souvent venir à bout de la masse tumorale.

Lorsqu'au palper profond on perçoit une masse, il est impossible le plus souvent d'en affirmer la nature tumorale, encore moins amibienne. C'est une tumeur de volume variable, peu mobile, peu douloureuse, mal limitée en dedans (PATEL), pouvant correspondre aussi bien à une tuberculose iléo-caecale qu'à un plastron appendiculaire ou à une tumeur maligne. Le foie sera examiné au point de vue tumoral, le rectum au point de vue lésions ulcéreuses et végétantes, le toucher rectal pouvant permettre parfois d'atteindre le pôle inférieur de la masse caecale. Selon que la notion d'amibiase est ou non éta-

blie, que la tumeur est ou non palpable, le diagnostic va évidemment varier, mais il reste que les éléments cliniques ne sauraient à eux seuls permettre le diagnostic de tumeur amibienne.

°°°

Diagnostic thérapeutique.

En l'absence de renseignements histologiques et coprologiques, dont nous verrons plus loin les modalités d'obtention, le traitement d'épreuve peut être décisif pour affirmer la nature amibienne de la tumeur. Celle-ci, en effet, disparaît le plus souvent, cliniquement et radiologiquement, en dix à douze jours de traitement éméтинien ; parfois sa fonte est retardée par la présence d'une réaction inflammatoire ou fibreuse ; ici encore, on sera mieux armé pour surveiller l'évolution d'une tumeur amibienne rectale ou rectosigmoïdienne, que si le siège est haut, caecal. La confusion entre tumeur amibienne et cancer n'est grave que si la parasitose est prise pour une néoplasie maligne, ce qui a pu se produire lorsque cette dernière a diminué de volume par le traitement éméтинien d'un amibien. Très exceptionnellement, mais le fait existe, le traitement anti-amibien a déclenché des accidents d'irritation, d'occlusion.

°°°

Diagnostic coprologique.

C'est évidemment un temps capital du diagnostic que la recherche du parasite, *Entamoeba histolytica*, amibe pathogène ;

mais la forme vivante est rarement trouvée, et même les kystes sont loin d'être constants, car ils sont peu nombreux et ne sont pas toujours éliminés dans toutes les selles. C'est pourquoi il faut pratiquer des examens répétés des selles à quelques jours d'intervalle, après centrifugation, parfois après réactivation par lavement spécial. La présence d'autres parasites associés peut également indiquer l'amibiase, spirilles, spirochètes, trichomonas, de même que celle de germes de surinfection, streptocoque surtout, qui favoriseraient le développement des lésions pseudotumorales. C'est pourquoi au traitement anti-amibien bien des auteurs associent un traitement antibiotique fixé d'après l'antibiogramme des selles.

°°°

Diagnostic hématologique.

Le taux d'éosinophilie sanguine, le degré de leucocytose, de polynucléose, indiqueront l'importance de l'infection.

°°°

Diagnostic anatomo-pathologique et histologique.

Dans les formes rectales, la rectoscopie permet l'examen direct et aussi le prélèvement de biopsies. Ulcérations de petites dimensions sur un fond congestif et oedémateux, zones de cicatrisation, polypes inflammatoires, plus rarement granulome, seront ainsi aperçus. Sur le prélèvement, la biopsie des lésions rectales, on constatera plus souvent la présence d'amibes que dans les selles.

Au cours même de l'intervention, l'examen de la masse ne donne pas d'éléments de diagnostic ; on se trouve, dans les formes caecales, devant une masse, un bloc bosselé, à séreuse épaisse, oedémateuse, peu dépressible ; si la lésion est ancienne, la dureté scléreuse risque d'en imposer pour un cancer. Il existe une adénopathie d'aspect inflammatoire. Il faut rechercher le long du côlon, au niveau du foie, une éventuelle localisation secondaire. La biopsie ganglionnaire donne un aspect inflammatoire atypique. Par contre, la biopsie d'un fragment de muqueuse, ou d'un polype, une fois ouvert le caecum, apportera des renseignements positifs. Mais devant les risques de provoquer une fistulisation, on pratique généralement une hémicolectomie droite, décidée pour cancer, ou pour un pronostic douteux. Sur la pièce opératoire, on constate alors une hypertrophie scléreuse importante de la paroi intestinale, avec lumière très rétrécie. La muqueuse porte des ulcérations, des polypes inflammatoires, parfois volumineux, sessiles, végétants, en imposant pour une malignité. L'iléon reste normal, l'orifice iléo-caecal sera béant, rétréci ou, plus souvent, normal. Ainsi, les tumeurs amibiennes peuvent se présenter aussi bien sous l'aspect d'une ulcération que d'une tumeur nodulaire ou végétante ulcérée. Si cet aspect écarte le diagnostic de cancer, il ne fait pas place pour une affirmation positive, que seule permettra l'examen histologique, dont les données s'opposent généralement à celles de l'aspect macroscopique per-opératoire. L'image est celle d'un granulome inflammatoire banal ou non : infiltration diffuse de degré variable, comportant des éléments tels que plasmocytes, lymphocytes, éosino-

philes, tissu fibreux parsemé de foyers nécrotiques, abcédés, entourés de tissu de granulation, hyperplasie conjonctive, hyperplasie aussi de la muqueuse et des structures glandulaires, réalisant un aspect bourgeonnant. Car dans tout granulome inflammatoire, il s'agit d'une réaction hyperplasique dans laquelle la régénération l'emporte sur la destruction (J.PATEL).

Pour que la nature amibienne du granulome soit établie, il faut pouvoir constater des amibes autour des foyers nécrotiques, et au sein même de ceux-ci.

L'amibiase en France est souvent latente; donc méconnue, et les tumeurs intestinales qu'elle peut provoquer sont considérées comme des formes chirurgicales. Or le traitement chirurgical isolé risque d'être grave, voire mortel, chez l'amibien méconnu qui, outre l'intervention, n'est pas soumis à un traitement éméтинien. YOEMANS va jusqu'à dire qu'une hémicolectomie droite entraînera la mort si le traitement anti-amibien ne la complète pas ; pour BROUDE, ce traitement médical doit être entrepris systématiquement pré-opératoirement. Seuls les syndromes occlusifs aigus ne permettent pas cette préparation éméтинienne, qui devra alors obligatoirement suivre l'intervention dès que le diagnostic d'amibiase aura été établi.

Ainsi, le diagnostic positif de tumeur amibienne de l'intestin offre des difficultés. Il nous reste à voir les diagnostics différentiels à écarter pour arriver à la vérité.

- V -

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- :-

Sont surtout à retenir - et à éliminer :

- le cancer, qui peut coexister d'ailleurs avec l'amibiase ;
- les tumeurs inflammatoires non spécifiques ;
- l'appendicite ;
- les ulcères et diverticules ;
- voire enfin les formes caecales de la maladie de Crohn.

°°°

Cancer. - On a beaucoup parlé des formes pseudo-cancéreuses, des pseudo-cancers du rectum ou du caecum dans l'amibiase intestinale. Tout d'abord, certaines tumeurs amibiennes, bénignes, prennent une allure anatomoclinique de malignité. Ensuite, il existe des cas d'associations, les rapports entre cancer et amibiase ayant été expliqués comme suit :

L'amibiase provoque des lésions intestinales au niveau desquelles vont se développer des formations polypeuses, limitées à un étage, ou s'étendant à la totalité du côlon. Ce sont les amibiases chroniques qui favorisent surtout le développement de la polypose ; ces polypes peuvent dégénérer (CARLES, REED et ANDERSON) ; mais il s'agirait, selon certains auteurs, non pas d'une dépendance entre les deux lésions, mais de leur véritable coexistence, le cancer se développant électivement au siège de prédilection des lésions dysentériques, caecum avant tout, recto-sigmoïde ensuite, côlon ascendant enfin. Cette association cancer-amibiase est possible, mais certainement rare ; REED et ANDERSON, RACHET, BENSAUDE et CAIN, MORGAN, NAULTON, BLANC et SIGUIER, HABIBI, DASKALAKIS, en ont rapporté des cas. C'est alors que le traitement d'épreuve s'impose, encore qu'en agissant sur l'élément inflammatoire dysentérique, il améliore les signes cliniques et radiologiques du complexe cancer-amibiase.

°°°

Tuberculose.— La tuberculose iléo-caecales, dans sa forme hypertrophique, peut donner des aspects comparables à ceux des tumeurs inflammatoires amibiennes de cette même région. Le diagnostic n'est difficile que dans les formes de tuberculose intestinale primitive.

°°°

Tumeurs inflammatoires non spécifiques.— Sous l'action de germes banaux peu virulents, il peut se produire des granulomes inflammatoires, masses tumorales de siège

surtout caecal parce que la stase fécale est fréquente en ce point. L'iléite terminale peut déborder sur le caecum comme sur le colon ascendant. Le diagnostic différentiel est pratiquement impossible, même sur les aspects histologiques de la pièce opératoire. Mais la guérison est obtenue par l'ablation : ici encore le traitement éméstinien d'épreuve peut apporter des renseignements utiles.

Des réactions inflammatoires sont possibles secondairement à une appendicite, une annexite droite. Des appendicites ont été parfois traitées... par l'hémicolectomie droite. GRIZAUD vient de montrer les rapports entre amibiase caecale et appendicite.

°°°

Appendicite.— Les granuloses inflammatoires du caecum, qu'ils soient ou non d'origine amibienne, ont été trop souvent opérés sous l'étiquette abcès appendiculaire, ou appendicite.

BARGEN en a rapporté deux cas. Il est évident que devant un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec empatement douloureux et défense de la paroi, la confusion diagnostique est excusable. En outre, ce même tableau sera réalisé :

- par une tumeur amibienne du caecum ;
- par une appendicite amibienne ;
- par une appendicite chez un amibien ;

Mieux vaut donc opérer que de laisser évoluer la lésion, mais encore faut-il préciser le diagnostic afin de mettre en œuvre le traitement éméstinien indispensable.

°°°

Ulcère et diverticule du caecum.- Non compliquées, ces lésions seront d'un diagnostic radiologique relativement facile ; par contre, si elles sont le siège d'une infection, d'une fissuration, les réactions vont masquer les signes radiologiques. Les lésions amibiennes seront cependant plus importantes que les lésions uniquement muqueuses.

Les tumeurs inflammatoires spécifiques, syphilomes, mycoses, ankylostomes, lymphogranulomes, ont rarement des localisations intestinales analogues à celles de l'amibiase, et de plus elles comporteront des caractères particuliers, adénopathies diffuses, fistulisations multiples dans le cas de mycoses, rareté de la forme hyperplasique des ankylostomiasés dans notre pays, rareté absolue de la localisation caecale de la syphilis ; seule la localisation intestinale de la maladie de Hodgkin peut donner lieu à des difficultés de diagnostic différentiel, balayées dès que l'examen histologique a précisé la nature de la réaction.

EUDEL et VIGUË ont récemment insisté sur les formes caecales de la maladie de Crohn, l'extension d'une iléite terminale au caecum et au côlon ascendant étant de diagnostic relativement facile ; par contre, lorsque l'affection débute au niveau du caecum, seul l'examen microscopique en permet le diagnostic positif, régression du chorion plasmocytaire et des éléments épithéliaux de la muqueuse grêle, sous-muqueuse très épaissie, scléreuse, hypervascularisée, très oedématisée, musculature normale.

- VI -

CONCLUSIONS

-:-

I.- L'amibiase intestinale peut prendre une forme pseudo-tumorale dont le diagnostic positif et différentiel est souvent délicat ; elle risque de provoquer une intervention chirurgicale inutile, si les accidents ne sont pas aigus, occlusifs, et même dangereuse chez ces malades.

II.- C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'étudier les formes anatomocliniques des pseudo-tumeurs amibiennes, qui peuvent être de siège iléo-caecal, caecal, recto-sigmoïdien ou rectal. Les localisations caecales sont les plus fréquentes, mais aussi les plus difficiles à diagnostiquer, puisqu'échappant à l'endoscopie et à la biopsie non opératoire.

III.- Les éléments du diagnostic positif sont radiologiques, cliniques, endoscopiques en cas de siège bas, thérapeutiques, le traitement émétinien d'épreuve étant indispensable chaque fois que la tomporisation est possible, coprologique, hématologiques, anatomopathologiques et histologiques enfin.

IV.- Le diagnostic différentiel se pose avec :

- un cancer, qui peut d'ailleurs coexister avec l'amibiase ;
- une tumeur inflammatoire banale, ou réactionnelle à une lésion appendiculaire ou annexielle de voisinage ;
- une tumeur spécifique, syphilitique, tuberculeuse, lymphogranulomatense, mycosique, avec une appendicite surtout, qui peut accompagner l'amibiase caecale, coexister avec elle, ou même être de nature amibienne ;
- plus rarement avec un diverticule ou un ulcère.

V.- L'apparition d'une pseudo-tumeur intestinale chez un amibien, la découverte d'une amibiase chez un porteur de tumeur commandent le traitement éméтинien d'épreuve ; celui-ci sera également le complément obligé de toute intervention chirurgicale, car une hémicolectomie réalisée chez un amibien comporte des risques extrêmement graves si la parasitose n'est pas en même temps correctement traitée. Ainsi, ces pseudo-tumeurs amibiennes ou bien sont opérées à tort, ou bien ne sont traitées que par la seule chirurgie ; l'étude que nous venons de leur consacrer avait pour but d'éviter ces erreurs, en montrant que l'intervention n'est nécessaire que dans les syndromes occlusifs aigus, avec un complément médical obligé, le traitement éméтинien.

Vu :
Le Président :
signé : PATEL

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

P. BETOULIERES

Aspects radiologiques de l'amibiase
caecale à forme pseudo-tumorale
Société Sciences Méd. Biol. Montpellier
24 avril 1953

R.C. CABOT

Amebian granuloma of the caecum
New England Journ. Med. CCXIII p. 235-
238 1935

M. CHIRAY, R. DUPUY

Cancer du rectum sur terrain amibien
Semaine des Hôpitaux XXVII p. 2824-2826
30 sept. 1951

G. DESBONNETS, A. DANES, A. DEBACK

Un cas de pseudocancer recto-sigmoï-
dien d'origine amibienne
Société de Médecine de Lille 12 juil.
1950

P. DISSARD

Etude anatomoclinique des amoebomes
Thèse de Lyon 1954

F. EUDEL, R. VIGUIE

Les formes caecales de la maladie de
Crohn
Presse Médicale LXIII p. 1846-1848
25 déc. 1955

A. FERRERA, F. TIGANO

L'amibiase pseudo-tumorale du caecum.
Considérations anatomopathologiques
et pathogéniques sur quatre cas d'amoe-
bome caecal.
Archivio Ital. anat. istol.patol. XXIX
p. 207-227 1955

M. GIRARD H. FRAISSE, POTTON

A propos d'un cas d'amibiase caecale
à forme pseudo-tumorale.
Soc. Méd. Hôp. Lyon 21 mars 1955

GRIZAUD

Amibiase caecale et appendicite
Société des Chirurgiens de Paris
15 fév. 1952

M. HABIBI

Processus tumoraux et pseudo-tumoraux
en relation avec la dysenterie ami-
bienne
Bull. Assoc. Franç. Etude du Cancer
XXXIV p. 65-74 1952

A. HUGUENIN, R. BOURGEON, H. PIETRI

Tumeur du caecum d'origine amibienne
Soc. Méd. Hôp. d'Alger 2 avril 1952

G. LABAIL, F. FONTAN, M. SENTUCQ

Tumeurs de la fosse iliaque droite
d'origine amibienne
Bordeaux Chir. fasc. III p. 141-143
juil. 1955

M.L.R. MONTEL

Amoebomes
Bull. Soc. Path. exotique XLI p. 433-
435 1948

F. MOUTIER

Amibiase et cancer du côlon
Gazette Méd. de France LVII p. 791-792
2 août 1950

G. OLIVE

A propos d'un "faux cancer" rectal
chez un amibien
Soc. Gastro-Entérol. Sud-Ouest 29 nov.
1954

J. PATEL, R. VIGUIE, J. LATASTE

Tumeurs amibiennes du caecum
Soc. Nat. Fr. Gastro-Entérol. 14 mai
1956

J. PATEL R. VIGUIE, J. LATASTE

Tumeurs amibiennes du caecum, les
éléments de leur diagnostic
Presse Méd. LXIV p. 1181-1184 27 juin
1956

M.W. PERRY

Amebic granuloma of the rectum
Journ. Am. Med. Assoc. CXLVIII p. 369-
370 2 fév. 1952

M. PLOYE

Considérations chirurgicales sur
l'amibiase iléo-caecale
Soc. Pathol. exot. 11 avril 1951

A.C. REED, H.H. ANDERSON

Amibiasis and cancer of colon,
Am. Journ. Med. Sc. CXCI p. 237-250
fév. 1936

G. RIET

Problème des amœbomes
Thèse de Paris 1950 dactylogr. 67 pp.

D.N. SILVERMAN, A. LESLIE

Intestinal tumors of dysenteric origin
Journ. Am. Med. Assoc. CXXXIII p. 994-
998 5 avril 1947

- W.A. SODEMAN, P.R. ENGLE
Amebian granuloma of colon
Am. Journ. Dig. Dis. XIX p. 363-367
déc. 1952
- H. SODRE, J. CROCE
Granuloma amebiano do intestino grosso
O. Hospital XLIII p. 305-323 mars 1953
- C.G. SPICANALL, E.C. PEIRCE II
Amebic granuloma : report of four
cases and review of the literature
New England Journ. Med. CCL p. 1055-
1056 24 juin 1954
- TINGAUD , CABANIE
Sur deux cas de tumeurs caecales
d'origine amibienne
Soc. Chir. Bordeaux 19 mai 1949
- A. VACHON, A. BADON, A. BEAUPERE
Pseudo-cancer rectal d'origine ami-
bienne
Arch. Mal. app. dig. XLI p. 1249-1251
déc. 1952
- A. VACHON, P. DISSARD
Les tumeurs inflammatoires recto-
sigmoïdiennes d'origine amibienne
Revue L'onnale de Médecine IV p. 1-8
15 janv. 1955

TABLE DES MATIERES

- : -

	Pages
I.- Avant-Propos.....	13
II.- Historique.....	17
III.- Etude anatomoclinique.....	21
IV.- Diagnostic positif.....	29
V.- Diagnostic différentiel.....	37
VI.- Conclusions.....	41
Bibliographie.....	43

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

